Halina WORACH-KARDAS

STAROŚĆ JAKO WARTOŚĆ W KONTEKŚCIE ZDROWIA I DŁUGIEGO ŻYCIA

Wydłużenie się życia ludzkiego w ostatnich dziesięcioleciach w większości krajów przywołuje pytanie, czy to dłuższe życie oznacza życie w zdrowiu, w sprawności i niezależności, czy raczej zaprzeczenie tych cech.

FAZY STAROŚCI

Długość trwania życia ludzkiego stanowi powszechnie uznany wskaźnik kondycji zdrowotnej społeczeństwa. Dla jednostki długie życie oznacza przejście przez wszystkie fazy rozwojowe, cały cykl życiowy, na który składa się dzieciństwo i młodość, wiek dojrzały, wiek starszy, starość sędziwa. Długie życie, dożywanie starości (określanej zwykle jako wiek powyżej 65 roku życia) jest współcześnie powszechnym faktem demograficznym w krajach rozwiniętych, w tym również w Polsce[1].

Zbiorowość osób starszych składa się z ludzi o bardzo zróżnicowanej kondycji pod względem stanu zdrowia, sytuacji społecznej, rodzinnej, ekonomicznej, wykształcenia, trudno zatem populację tę uznać za jednolitą, homogenną. Starość dzieli się ponadto na fazę wczesną i późną (granicą podziału jest zwykle 75 lub 80 rok życia). Te dwa etapy starości określa się również mianem trzeciego i czwartego wieku. Wiek trzeci charakteryzowany jest przez takie parametry, jak względna sprawność psychiczna, aktywne uczestnictwo w życiu społecznym i rodzinnym, aktywność czasu wolnego, a także kontynuowanie – w tej lub w innej formie – aktywności zawodowej. Wiek czwarty to faza złego zdrowia i niesprawności, a niekiedy zgoła starczego niedołęstwa, jest to końcowy okres życia. Te dwie fazy: względnej sprawności oraz niesprawności, przybierają u poszczególnych jednostek różne formy i różną długość. W minionych wiekach starość była zjawiskiem stosunkowo rzadkim; w trudnych warunkach bytowania dożywali jej tylko najzdrowsi, biologicznie najsilniejsi. Obecnie starość stanowi dość powszechne zjawisko – jest darem dla większości ludzi w krajach rozwiniętych, nastąpił bowiem wzrost liczby osób dożywających tego okresu.

---

[1] Kwestię tę omawia szeroko W. Pędich w artykule: *Uwagi dotyczące specyfiki badań populacji ludzi starych*, „Gerontologia Polska" 6(1998) nr 2, s. 3.

Na początku XX wieku strukturę rodziny można było przedstawić w postaci piramidy, gdzie jeden dziadek przypadał średnio na siedmioro wnucząt. Obecnie sytuacja jest odwrotna i porównuje się ją do odwróconej piramidy, ponieważ jedno, dwoje wnucząt ma żyjących czworo dziadków i babć, nierzadko także pradziadków. Nastąpiły zatem istotne zmiany struktury demograficznej oraz relacji wewnątrzrodzinnych; jak nigdy dotąd dziadkowie i pradziadkowie liczebnie przeważają nad wnukami. Przez całe wieki historii wczesna umieralność sprawiała, że ojciec umierał często przed zawarciem związku małżeńskiego przez najstarszego syna. Szacunek dla seniorów rodu wynikał nie tylko z uznania dla ich doświadczeń, ale również z prostego faktu wartościowania tego, co jest rzadkie i powszechnie niespotykane[2]. W przeszłości osiąganie wieku starości, długie i zdrowe życie dane było tylko nielicznym, zwłaszcza zaś stojącym na szczycie ówczesnej hierarchii społecznej. Głównie władcy lub ludzie stojący wysoko w hierarchii społecznej zachowywali zdrowie do późnego wieku, czy nawet do samego kresu długiego życia. Ich sprawność, energia, poparta była działaniem czynników kulturowych, wprawą, doświadczeniem, umiejętnością wychwytywania rzeczy ważnych, budziła respekt i szacunek zarówno dla nich samych, jak i dla starości jako fazy życia.

DŁUGOŚĆ ŻYCIA W POLSCE

Podobnie jak w innych krajach europejskich w ciągu XIX i XX wieku życie ludzkie ulegało w Polsce stopniowemu wydłużeniu, co wynikało z poprawy ogólnych warunków bytowych i wzrostu higieny społecznej oraz ze zmian stylu życia, między innymi w zakresie wyżywienia. Szacuje się, iż na ziemiach historycznie polskich jeszcze na początku naszego wieku średnia długość życia wynosiła zaledwie około czterdziestu dwóch lat. W latach 1931-1932 przeciętne trwanie życia wynosiło w Polsce 50 lat, z uwzględnieniem zaś płci – 48,2 lat mężczyźni i 51,4 kobiety. Niskie parametry trwania życia w okresie międzywojennym wynikały przede wszystkim z wysokiej umieralności wśród niemowląt i dzieci. W okresie po II wojnie światowej odnotowuje się wyraźny postęp w zakresie wydłużania się życia ludzkiego tak w Polsce, jak i w innych krajach. W latach 1952-1953 przeciętne trwanie życia noworodka wynosiło w Polsce już 58,6 lat dla mężczyzn (dla kobiet – 64,2), co w porównaniu z latami przedwojennymi oznaczało istotny przyrost lat życia.

Długość życia mężczyzn kształtowała się szczególnie korzystnie w połowie lat siedemdziesiątych. Przeciętne trwanie życia mężczyzn wyniosło wówczas

[2] Por. J. Piotrowski, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, Warszawa 1973, s. 15-22. Por. także: B. Tryfan, *Sytuacja ludzi starych na wsi*, red. B. Tryfan, Warszawa 1977, s. 9.

67,3 lat (kobiet – 75 lat). W latach osiemdziesiątych i na przełomie lat dziewięćdziesiątych zaobserwowano jednak niepokojący spadek przeciętnego trwania życia mężczyzn w Polsce. Przyczyny tego zjawiska nie zostały dotychczas wyjaśnione w sposób zadowalający. Niektórzy autorzy wiążą to zjawisko z istotnym pogorszeniem się stanu zdrowotności społeczeństwa polskiego, określając je zgoła mianem „kryzysu zdrowotnego"[3]. Obniżanie się parametrów długości życia mężczyzn trwało do roku 1991 i dopiero lata 1992-1996 przyniosły pewną poprawą w zakresie długości trwania życia ludzkiego. Dane za rok 1997 ukazują nawet, iż jest to najdłuższe przeciętne trwanie życia noworodka w okresie powojennym, tak płci męskiej, jak i żeńskiej. Przeciętne trwanie życia ludzkiego wynosiło bowiem w Polsce w roku 1996 dla mężczyzn 68,1 lat, a dla kobiet – 76,6[4]. Porównując te dane z okresem przedwojennym należy stwierdzić, że mężczyźni żyją obecnie przeciętnie ponad 18 lat dłużej, kobiety zaś aż 25 lat dłużej. W porównaniu z rokiem 1952 obecnie przeciętne trwanie życia mężczyzny w Polsce wydłużyło się o ponad 9 lat, a życie kobiety – aż o ponad 12 lat.

Z wielu analiz wynika, że sytuacja materialna osób aktualnie będących w fazie starości (w wieku poprodukcyjnym) jest relatywnie korzystna w porównaniu z sytuacją osób w wieku produkcyjnym. Generacja ta posiada zabezpieczone utrzymanie w ramach powszechnego ubezpieczenia społecznego. Natomiast kondycja psychospołeczna osób starszych jest gorsza, niż wynikałoby to z rzeczywistej sytuacji materialnej, co może się wiązać z trudnościami przystosowania się do dość gwałtownych przeobrażeń społeczno-ekonomicznych i politycznych. Dla ludzi starych oznacza to podważenie ich wysiłku i dorobku życiowego, z reguły bowiem każdy z przedstawicieli „trzeciego wieku" przeżył okres swojej młodości i wiek dojrzały w minionej epoce ustrojowej i z tej racji posiada świadomość „presji moralnej tej części młodszego społeczeństwa, która kwestionuje wartość aktywnej postawy ludzi w minionym ustroju"[5]. Wydaje się, że wraz z upływem czasu te niekorzystne nastawienia osłabną. Sytuacji ludzi starszych w rodzinie i w społeczeństwie nie należy jednak odrywać od szerszych uwarunkowań i przemian społeczno-ekonomicznych, a także zdrowotnych.

PROMOCJA ZDROWIA

Działania prozdrowotne w odniesieniu do tej grupy wiekowej powinny być nakierowane na prewencję, modyfikowanie, opóźnianie lub odwracanie nieko-

[3] M. Okólski, *Kryzys zdrowotny w Polsce*, „Polityka Społeczna" 1993, nr 1, s. 8.

[4] Według danych „Rocznika Statystycznego" 1997, s. 109, tab. 35 (179).

[5] J. Semków, *Niektóre problemy starzejącej się rodziny*, „Zeszyty Problemowe Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego" 2(1994) nr 4.

rzystnych zmian związanych z procesem starzenia się organizmu. Problem prewencji i promocji zdrowia dotyczy nie tylko dzieci i młodzieży, ale także populacji w wieku średnim i starszym, istnieje bowiem specyfika działań profilaktycznych w różnych fazach życia. Promocja zdrowia wśród osób starszych powinna dotyczyć zwłaszcza takich zagadnień, jak: właściwe odżywianie, unikanie sytuacji ryzykownych, zachowanie właściwej równowagi między aktywnością a odpoczynkiem. Działania nakierowane na zdrowe starzenie się powinny się rozpoczynać znacznie wcześniej niż dopiero po osiągnięciu wieku starszego. Występująca obecnie orientacja ukierunkowana jest raczej na prewencję niż na medycynę naprawczą. Potrzebne są zatem działania wielosektorowe zorientowane na prewencję i promocję zdrowia poprzez wszystkie fazy życia, nie wyłączając starości.

Dbałość o zdrowie społeczeństwa przestała być wyłączną domeną państwa. Niedobory i niedostatki w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa mogą być w jakimś stopniu niwelowane przez prozdrowotny styl życia poszczególnych ludzi i grup społecznych.

Dbałość i troska o zdrowie w wieku starszym ma także wymiar ekonomiczny. Zdrowie jest specyficznym, ale jakże ważnym dobrem, zasobem. Przez pojęcie „zasoby" rozumiemy nie tylko wartości finansowe, ale także inne dobra, takie jak: wiedza, doświadczenie, tradycja kulturowa, a wreszcie czas wolny. Człowiek starszy, w dobrym stanie zdrowia, może świadczyć owe „zasoby" na rzecz innych, chory zaś sam potrzebuje pomocy i wsparcia.

Problemem bowiem we współczesnych społeczeństwach, także w Polsce, jest to, że wprawdzie życie ludzkie wydłuża się, lecz niekoniecznie wydłuża się życie w zdrowiu. Ludzie pragną żyć dłużej, jednak nie chcą być starzy, chorzy i niesprawni. Osoby starsze wydają więcej pieniędzy na leczenie, ponieważ ich stan zdrowia jest gorszy. W gospodarstwach domowych emerytów i rencistów wydatki na ochronę zdrowia w roku 1990 wynosiły 1,2%, w roku 1994 zaś – 5,4%, a zatem w ciągu zaledwie czterech lat nastąpił prawie pięciokrotny wzrost wydatków na ochronę zdrowia (wpłynęła na to zmiana systemu odpłatności za leki, wprowadzenie odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach, większe możliwości korzystania ze świadczeń płatnych, a także zwiększenie oferty artykułów medyczno-farmaceutycznych). Stan zdrowia zmienia się recesywnie wraz z wiekiem, co pociąga za sobą wzrost wydatków na leczenie. Zgodnie z szacunkiem przeciętne wydatki na leki są dla osoby starszej dwukrotnie wyższe niż dla człowieka dorosłego, a ponad trzykrotnie wyższe niż dla dziecka w wieku od 4 do 6 lat[6]. W szczególności wiąże się to ze wzrostem częstości występowania w wieku starszym chorób przewlekłych. W badaniach stanu zdrowia ludności Polski przeprowadzonych przez GUS

---

[6] Por. M. Dziubińska-Michalewicz, *Ochrona zdrowia w minimum egzystencji*, „Polityka Społeczna" 1995, nr 8, s. 11.

w 1996 roku stwierdzono, że w przypadku niemal wszystkich chorób odsetek zachorowań wzrasta wraz z wiekiem. Niektóre z tych chorób występują zdecydowanie częściej w wieku starszym, można więc uznać je za specyficzne dla okresu starości. Przede wszystkim dotyczy to chorób układu krążenia (w tym miażdżycy), stawów, wątroby, kręgosłupa, nerwic i nerwobólów[7].

Poszukując czynników sprawczych niezadowalającej sytuacji zdrowotnej w Polsce, wskazuje się na wpływ czynników środowiskowych oraz genetycznych z jednej strony, z drugiej zaś na stan i poziom medycyny naprawczej. Z kolei koncentrując się na stylu życia kładzie się nacisk na te rodzaje uwarunkowań, na które możemy mieć wpływ przez prozdrowotne zachowania jednostek i całych grup społecznych, w mniejszym zaś stopniu orientując się na działania instytucji opieki zdrowotnej.

Istnieją dwa niezależne od siebie wzory dbania o zdrowie, które określić można mianem zachowań medycznych oraz zachowań zdrowotnych. „Przy deklarowanym powszechnie zrozumieniu dla wagi prozdrowotnego stylu życia – w praktyce dominują w naszym społeczeństwie zachowania medyczne, w których aktywności na rzecz zdrowia są silnie uwarunkowane kontaktem z medycyną”[8]. Zachowania medyczne są szczególnie widoczne wśród osób starszych wiekiem, które stanowią większość pacjentów otwartej opieki zdrowotnej. Zachowania prozdrowotne, dotychczas słabo rozpowszechnione w polskim społeczeństwie, przyjęły się najszerzej wśród tworzącej się klasy średniej; nie tyle zatem wykształcenie, co przynależność do grupy (klasy) społecznej stanowi wyróżnik zachowań prozdrowotnych. W krajach wysoko rozwiniętych postęp medycyny wywiera mniejszy wpływ na przeciętną długość ludzkiego życia niż czynniki związane z zachowaniami wobec zdrowia. Ciężar gatunkowy walki o zdrowie – także w starości – został zatem przeniesiony z instytucji opieki medycznej na indywidualne zachowania jednostek oraz na te instytucje społeczne, od których oczekuje się, iż będą wspomagały ludzi w realizowaniu prozdrowotnego stylu życia.

Indywidualna odpowiedzialność za zdrowie posiada wszakże swoje granice, możliwości realizowania zachowań zdrowotnych są bowiem uwarunkowane przede wszystkim sytuacją ekonomiczną jednostki. Wdrażanie więc prozdrowotnego stylu życia dokonuje się w Polsce w nieco innych realiach niż w najbardziej rozwiniętych krajach zachodnich, charakteryzujących się wysoce korzystnymi wskaźnikami poziomu zdrowia, takimi jak: niski poziom inwalidztwa, niska umieralność i – co się z tym wiąże – wysoka przeciętna długość życia ludzkiego.

---

[7] Por. *Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r.*, „Informacje i Opracowania Statystyczne”, GUS, Warszawa 1997, s. 40-44.

[8] A. Ostrowska, *Prozdrowotne style życia*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, Instytut Kardiologii, 4(1997) nr 10-11.

W Polsce, w porównaniu z większością krajów Europy, ciągle wysoka jest częstość zgonów przed osiągnięciem starości; szczególnie wyraźne jest to w grupie osób w wieku produkcyjnym.

Na tle innych krajów europejskich – zwłaszcza zachodnich i północnych – Polska charakteryzuje się relatywnie wysoką umieralnością przedwczesną, przez co rozumie się zgony przed 65. rokiem życia, czyli przed przekroczeniem umownego progu starości. Wystarczy wskazać, że aż 45% zgonów mężczyzn i 20% zgonów kobiet w Polsce stanowi umieralność przedwczesna, biologicznie nie uzasadniona. Fakty te świadczą o ewidentnej stracie potencjału ludnościowego, zarówno w aspekcie społecznym, jak i ekonomicznym, dotyczą bowiem osób w wieku pełnej aktywności zawodowej. Działania prozdrowotne powinny zatem zmierzać w tym kierunku, aby jak największej liczbie jednostek dane było przeżyć cały cykl życiowy, na który składa się – w sensie etapów biologicznego rozwoju – dzieciństwo, młodość, wiek dojrzały i starość. Długie i zdrowe życie jest wszak odwiecznym ludzkim pragnieniem, a zarazem hasłem wielu systemów politycznych i religijnych.

STARZENIE SIĘ SPOŁECZEŃSTW

Wydłużanie się życia to jeden z dwu – obok spadku płodności – podstawowych czynników wpływających na proces starzenia się społeczeństw, czyli wzrostu odsetka osób starszych wśród ogółu społeczeństwa. Zwiększanie się liczby osób w podeszłym wieku powoduje różnorodne konsekwencje, tak w sferze ekonomicznej, jak i zdrowotnej. Osoby w podeszłym wieku charakteryzuje narastająca wraz z wiekiem podatność na choroby, ta zaś prowadzi do zwiększonego popytu na usługi zdrowotne. Wraz z wiekiem nie tylko narasta częstość chorób, ale też długość ich trwania. Zmiany występujące w strukturze i sytuacji rodziny powodują, że ludzie starsi w mniejszym stopniu mogą liczyć na jej opiekę i wsparcie w potrzebie, w tym także w chorobie.

Najnowsze prognozy ONZ, odnoszące się aż do połowy przyszłego stulecia (tj. do roku 2050), przewidują, że liczba ludności Europy po początkowym wzroście będzie się zmniejszać. W latach 2000-2050 przewiduje się spadek liczby ludności Europy o 16%. Spadkowi liczby ludności ogółem towarzyszyć będzie w omawianym okresie wzrost o 17% liczby osób w wieku 60-69 lat[9]. Charakterystyczne jest to, że po roku 2000 należy oczekiwać w krajach europejskich szczególnie dużego przyrostu liczby osób powyżej 80. roku życia, zatem kategorii wiekowej określanej mianem sędziwych starców, co stanowić będzie szczególne wyzwanie dla polityki społecznej i ekonomicznej tych krajów.

---

[9] Por. P. Szukalski, *Proces starzenia się społeczeństw Europy; spojrzenie perspektywiczne*, „Gerontologia Polska" 6(1998) nr 2, s. 51-55.

Długość trwania życia ludzkiego została określona mianem „barometru postępu społecznego". A oto kraje europejskie, w których w ostatnim czasie odnotowuje się najdłuższe trwanie życia mężczyzn (wyrażone w latach): Islandia – 75,7; Szwecja – 75,4; Szwajcaria – 74,3; Holandia – 74,2; Norwegia – 74,2; Wielka Brytania – 73,5. Z powyższego wynika, że najdłużej żyją mężczyźni w krajach skandynawskich: w Islandii i w Szwecji. W porównaniu z tymi krajami mężczyźni w Polsce żyją średnio o 8 lat krócej, pomimo iż życie mężczyzn wydłużyło się w Polsce w ostatnich latach.

Najniższe parametry trwania życia mężczyzn w Europie odnotowuje się w następujących krajach: Rosja – 62,0; Łotwa – 63,3; Estonia – 64,1; Węgry – 64,5; Litwa – 64,9; Białoruś – 65,5. Dane te wskazują na relatywnie niskie – jak na stosunki europejskie – trwanie życia w Rosji oraz w wymienionych krajach Europy Wschodniej i na Węgrzech. Przeciętnie życie mężczyzny w Rosji jest aż o prawie 14 lat krótsze niż życie mieszkańców krajów skandynawskich, takich jak Islandia czy Szwecja. Różnica między trwaniem życia mężczyzn w poszczególnych krajach Europy jest zatem znaczna. Przyczyny tak dużych różnic w długości życia mężczyzn stanowią przedmiot wielu dociekań i hipotez.

Sytuacja w zakresie przeciętnego trwania życia kobiet w Europie jest nieco mniej zróżnicowana. A oto kraje, w których kobiety żyją najdłużej: Szwajcaria – 81,2; Szwecja – 81,2; Francja – 81,1; Islandia – 80,1; Hiszpania – 80,5; Norwegia – 80,3. Mieszkanki Szwajcarii, Szwecji i Francji żyją przeciętnie ponad 81 lat. Polki żyją o 5 lat krócej. Dystans w zakresie długości trwania życia kobiet w Polsce i w innych krajach jest jednakże mniejszy niż się to obserwuje w przypadku mężczyzn.

Z kolei najkrótszym przeciętnym trwaniem życia kobiet charakteryzują się następujące kraje: Rumunia – 73,2; Węgry – 73,7; Rosja – 73,8; b. Jugosławia – 74,5; Bułgaria – 74,8. Minimalne parametry trwania życia kobiet występują zatem w Rumunii, na Węgrzech i w Rosji. Różnica pomiędzy maksymalną i minimalną długością życia kobiet w krajach europejskich jest mniejsza niż w przypadku mężczyzn; dystans pomiędzy średnim trwaniem życia kobiet w Szwajcarii i Rumunii wynosi 8 lat.

Wydłużenie się życia ludzkiego w ostatnich dziesięcioleciach w większości krajów przywołuje wszakże pytanie, czy to dłuższe życie oznacza życie w zdrowiu, w sprawności i niezależności, czy raczej zaprzeczenie tych cech. Nie jest przypadkiem, że w literaturze zachodniej istnieje specjalny wskaźnik DFLE (Disability Free Life Expectancy) na oznaczenie długości życia bez chorób i niesprawności, czyli życia w zdrowiu[10]. Długość życia w zdrowiu jest obecnie przedmiotem dużego zainteresowania, zarówno na płaszczyźnie ludzkiej, humanistycznej, jak też w aspekcie ekonomicznym (koszty utrzymania oraz

[10] Por. M. B o n e, *International Efforts to Measure Health Expectancy*, „Journal of Epidemiology and Community Health" 1992, nr 46, s. 555-558.

leczenia osób starszych, niesprawnych). Jako przykład warto wskazać, że dla populacji mężczyzn w krajach Europy Zachodniej życie w zdrowiu waha się od 80% do 90% jego przeciętnej długości, co oznacza wiek 60-67 lat. Pozostałe 10-20% życia cechuje się znacznym stopniem niesprawności oraz złego stanu zdrowia. Proporcja życia sprawnego do niesprawnego, czyli długości życia w zdrowiu i w chorobie, jest mniej korzystna dla kobiet niż dla mężczyzn. Dzieje się tak prawdopodobnie z racji większej długowieczności kobiet, które wprawdzie dłużej żyją (w Polsce o 9 lat dłużej niż mężczyźni), ale też częściej zapadają na choroby przewlekłe. Fakt wydłużenia życia przywołuje zatem pytanie o jego jakość, w szczególności o to, czy te dodatkowe lata będą upływać w dobrym zdrowiu czy też w stanie starczego niedołęstwa. W tym względzie ścierają się dwie opinie: optymistyczna i pesymistyczna. Optymiści coraz dłuższe życie ludzkie wiążą ze spadkiem zachorowań, wydłużeniem fazy zdrowia i sprawności aż do późnego wieku. Pesymistyczne podejście głosi, że interwencja medyczna wydłuża nie tyle fazę zdrowia w życiu człowieka, ile raczej fazę niesprawności, przyczyniając się zarazem do rozpowszechnienia w populacji chorób przewlekłych i degenerujących. Prawda zapewne leży pośrodku. Przeciętne trwanie życia ludzkiego stanowi niewątpliwie syntetyczny, wymierny w liczbach wskaźnik sytuacji zdrowotnej społeczeństwa.

Przedmiotem dyskusji jest również wpływ niektórych uwarunkowań na długość życia i kondycję zdrowotną poszczególnych grup ludności, w tym ludzi starych. Chodzi tu o zespół uwarunkowań, które powodują dłuższe i zdrowsze życie w jednych społeczeństwach, a krótsze i bardziej obciążone chorobami w innych. Wśród czynników warunkujących zdrowie i długość życia najczęściej wymienia się następujące elementy: 1. biologię człowieka (cechy dziedziczne), 2. środowisko, 3. styl życia, 4. opiekę medyczną; stanowią one cztery wyodrębnione działki tak zwanego pola zdrowotnego. Gdy jedni skłonni są upatrywać głównego źródła negatywnych zjawisk zdrowotnych w niekorzystnych warunkach środowiskowych, inni upatrują przyczyny złego stanu zdrowia w indywidualnych, nie sprzyjających zdrowiu zachowaniach. Coraz częściej wskazuje się na ważność odpowiedniego poziomu życia społeczeństwa, a także na potrzebę dobrze zorganizowanej i dobrze wyposażonej opieki medycznej.

Obecnie dość powszechny jest pogląd, że główne kwestie dotyczące zdrowia poszczególnych jednostek oraz całego społeczeństwa rozstrzygają się na poziomie indywidualnego stylu życia. Czynnikowi temu przypisuje się ponad 50% udziału w zdrowiu i w długości życia ludzi. W szczególności odnosi się to do społeczeństw rozwiniętych, w których zarówno ogólny poziom życia, jak też poziom ochrony zdrowia są wysokie, a zatem czynnikiem decydującym o stanie zdrowia i długości życia jest styl życia, czyli indywidualne zachowania pro- lub antyzdrowotne. Ciągle aktualne jest zatem hasło gerontologów i geriatrów, aby dodawać nie tylko „lat do życia", ale także „życia do lat".

Czynniki ryzyka, takie jak nadużywanie alkoholu i palenie tytoniu, niska aktywność fizyczna, brak profilaktyki, oddziałują wprawdzie na całą ludność, jednakże zdają się wpływać szczególnie niekorzystnie na poziom umieralności i długość życia mężczyzn[11]. W tym kontekście mówi się o nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet. Przyczyny nadumieralności i – co się z tym wiąże – przeciętnie krótszego trwania życia mężczyzn niż kobiet w każdym wieku – także w starości – są różnorodne i nie do końca wyjaśnione. Można wskazać wszakże na wzmożone czynniki ryzyka zarówno o podłożu biologicznym (mniejsze zdolności adaptacyjne), jak i społecznym, takie jak niewłaściwy tryb życia (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu), niewłaściwe odżywianie się, stresy zawodowe, większe narażenie na czynniki szkodliwe w miejscu pracy. Ponadto należy zwrócić uwagę na niekorzystną ewolucję w zakresie przeciętnego dalszego trwania życia dorosłych mężczyzn obserwowaną w ciągu ostatnich dziesiątków lat. Tak więc mężczyzna 45-letni w Polsce w roku 1995 miał jeszcze do przeżycia lat 26,7, podczas gdy w roku 1965 – 28,2. Życie mężczyzny w tym wieku skróciło się zatem – a nie wydłużyło – o półtora roku. Podobnie jeśli chodzi o wiek 30 lat: przeciętne życie osoby w tym wieku jest także obecnie prawie o dwa lata krótsze od życia jej równolatka z lat 1965-1996. Swoisty statystyczny paradoks polega więc na tym, że wprawdzie długość życia ludzkiego generalnie wydłuża się, ale w niektórych grupach wieku, w szczególności wieku dorosłego, skraca się. Świadczy to o pogorszeniu się stanu zdrowotności populacji w wieku dorosłym, produkcyjnym; uwaga ta nie dotyczy wszakże osób po sześćdziesiątym roku życia.

JAKOŚĆ ŻYCIA W STAROŚCI

Osoby osiągające wiek 60 lat mają obecnie szansę na życie dłuższe niż dawniej. Parametry dalszego trwania życia dla osób w tym wieku są zdecydowanie korzystniejsze. Na początku lat pięćdziesiątych przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn wynosiło 14,7 lat, obecnie zaś 15,9, a zatem przyrost życia dla osób w tym wieku wynosi jeden rok. Dla kobiet 60-letnich przyrost lat życia wyniósł trzy lata; kobieta w tym wieku miała bowiem przed sobą w latach pięćdziesiątych jeszcze 17,3 lat życia, w roku 1996 zaś przeciętnie 20,5.

Natomiast w wieku dorosłym, który jest zarazem wiekiem produkcyjnym, utrzymuje się wysoka umieralność mężczyzn, co rzutuje także na ogólną długość trwania życia ludzkiego w Polsce. Faktem pozostaje to, że mężczyźni często wykonują prace cięższe, w warunkach bardziej niebezpiecznych, uciąż-

[11] Por. J. Indulski, H. Worach-Kardas, Cz. Andryszek, E. Dziankowska-Stachowiak, *Excess Mortality in Working Age Males in Poland; General Patterns*, „International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health" 11(1998) nr 1, s. 99-112.

liwych i szkodliwych dla zdrowia. Zarazem jednak częściej prowadzą niewłaściwy styl życia, rzadziej odwiedzają lekarzy, gorzej się odżywiają, palą więcej papierosów, piją więcej alkoholu. Osoby w wieku dorosłym, produkcyjnym (mające na utrzymaniu rodziny), doświadczają niewątpliwie dodatkowych zagrożeń zdrowotnych wynikających z obciążeń zawodowych, odpowiedzialności społecznej i prawnej, stresu z powodu zagrożenia bezrobociem, przy równoczesnym obciążeniu wzrostem kosztów utrzymania gospodarstwa domowego. Natomiast wielu spośród tych zagrożeń (zwłaszcza związanych z pracą) nie doświadczają osoby w wieku starszym, poprodukcyjnym, z definicji pozostające poza sferą pracy zawodowej, co obiektywnie może sprzyjać podtrzymywaniu zdrowia.

Przeciętne trwanie życia ludzkiego można uznać za syntetyczny, wymierny w liczbach wskaźnik sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Odnotować trzeba poprawę w zakresie wydłużenia się w ostatnich latach w Polsce przeciętnego trwania życia zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Nie zmienia to faktu, że życie ludzkie w naszym kraju pozostaje znacząco krótsze: średnio o 8 lat dla mężczyzn i 5 lat dla kobiet – w porównaniu z najbardziej rozwiniętymi krajami Europy Zachodniej i Północnej. W Polsce istnieją jeszcze duże rezerwy w zakresie wydłużania życia ludzkiego i wiele jest na tym polu do zrobienia. Niezbędny jest zatem wysiłek, tak na poziomie jednostek, jak i społeczeństwa, w sferze polityki społecznej i zdrowotnej państwa celem zbliżenia się do standardów istniejących w przodujących pod tym względem krajach europejskich[12].

Prognozy GUS na nadchodzące dwa lata zakładają, że w Polsce nastąpi stopniowy wzrost długości trwania życia, aż do osiągnięcia w roku 2020 przeciętnie 72 lat dla mężczyzn oraz 78,5 lat dla kobiet. Jeśli prognozy te spełnią się, oznaczać to będzie istotny przyrost lat życia mężczyzn i kobiet w stosunku do stanu obecnego. Coraz więcej ludzi będzie osiągać próg starości i dłużej żyć po jego przekroczeniu.

Wydłużające się życie ludzkie, zjawisko ze swej istoty pozytywne, przywołuje wszakże pytanie o jakość życia w starości, o to, czy te dodatkowe lata będą spędzone w dobrej czy w złej kondycji zdrowotnej[13]. Kwestia ta ma także wymiar ekonomiczny, jest to bowiem problem zmniejszenia kosztów, jakie ponosi społeczeństwo z tytułu opieki nad ludźmi dotkniętymi niesprawnością. Zdrowie w starości stanowi wartość szczególną, umożliwia bowiem życie aktywne, niezależne, co jest istotne z punktu widzenia zarówno jednostki, rodziny, jak też społeczeństwa. Ludzie starsi posiadają obecnie dość powszechnie – tak w miastach, jak i na wsi – własne źródło utrzymania w postaci emerytury lub

[12] Zob. H. Worach-Kardas, *Trwanie życia ludzkiego jako wskaźnik sytuacji zdrowotnej społeczeństwa*, w: *Profesor E. Rosset, demograf i statystyk. Materiały na Konferencję Jubileuszową*, Łódź 1997, s. 105.

[13] Por. tamże.

renty, generacja osób starszych jest więc względnie zabezpieczona materialnie i ekonomicznie niezależna. Dodawaniu „lat do życia" poprzez wzrost jego długości towarzyszyć powinno dodawanie „życia do lat" poprzez wspomaganie aktywności fizycznej i umysłowej ludzi starszych, ale także dodawanie „zdrowia do lat" poprzez ograniczenie chorób i niesprawności.